

签署此表格即表示您同意参与_____ Health Home 计划。

工整填写符合资格的Health Home之名称

加入 Health Home 后，您的医疗保健服务提供者及参与您保健事宜的其他人员需要透过某种途径就您的医疗保健事宜相互交谈。他们还需要相互交流情况，以便为您提供更好的医疗保健服务。如果您不签署这份表格或者不想加入 Health Home 计划，祇要您符合 Medicaid 医疗辅助方案保险福利，仍可获得医疗保健服务。

如果您同意并签署这份表格，您列入此表格的 Health Home 以及服务提供者/合作机构将根据需要而获得许可接获、查看、阅览、影印或者相互透露您的全部健康情况，以便为您提供并协调安排您的医疗保健服务。他们接获、查看、阅览、影印和相互透露的情况可能涉及您签署此表格日期之前和之后的情况。您的健康情况可能涉及您以前的患病或受伤情况或者您以前可能发生过的患病或受伤情况；化验测试结果，例如 X 光透视或验血等；您目前获得的服务及支持服务；以及您目前服用或以前曾服用过的药物。

请注意：如果您的健康记录包括以下任何情况，则您还须填妥此部分内容，以便包括这些记录。

本人同意披露以下记录（请勾选所有适用项）：

心理健康 艾滋病毒感染/艾滋病和性传染病测试结果、诊断或治疗记录

**必须单独完成一个关于药物依赖症(CD)治疗服务的信息报导 (ROI) 表格

CD 信息报导 (ROI) 表格完成

- 此同意书的有效期如下： 在 Health Home 出于此计划目的而需要本人健康记录的全部时期；或者
 直至_____（日期或事件）

- 本人可以随时采用书面形式撤销此项同意，但这不会影响已经披露的任何情况。

- 本人明白，根据此同意书而披露的记录可能不再受适用于 Medicaid 医疗辅助方案及社会福利服务部(DSHS)的法律保护。在披露本人许可的记录资料时，此同意书的副本具有同等效力。

您的健康情况属于保密情况；而且，依据华盛顿州及联邦法律和规章条例规定，未经您许可，不得向其他人披露这些情况。能获得及查看您健康情况的服务提供者/合作机构必须遵守上述全部法律规定。他们不得向其他人透露您的情况，除非经您同意，或者法律允许他们向其他人透露这些情况。如果您的健康情况已经存入计算机系统或以书面方式存盘，上述规定则适用。某些法律涵盖艾滋病毒感染/艾滋病治疗、心理健康记录以及毒品与酒精戒除治疗情况。使用您健康情况的服务提供者/合作机构及 Health Home 必须遵守上述法律及规章条例。

于您签署此表格之前，请阅读此表格中的全部情况。

本人同意参与_____ Health Home；并且同意，Health Home 可以从列入此表格的服务提供者/合作机构那里获得我的全部健康情况，以便为本人提供医疗保健服务或管理本人医疗保健服务，或者查明本人是否已加入某项健康保险计划。本人还同意 Health Home 及列入此表格的服务提供者/合作机构可以相互透露本人的健康情况，而且参与本人医疗保健服务或本人医疗保健服务管理的其他服务提供者/合作机构也可以这样做。本人明白，此同意书将取代我过去可能签署的涉及透露本人健康情况之其它 Health Home 情况透露同意书。若本人改变主意并想撤销此项同意，我可以随时签署一份同意书撤销表格并提交给符合资格的 Health Home。

_____工整填写的保险受益人姓名

_____ 保险受益人的出生日期

_____ 保险受益人或保险受益人法律代表的签名

_____ 日期

_____ 工整填写法律代表的姓名（若适用）

_____ 法律代表与保险受益人的关系

保险受益人情况透露及保险受益人同意程序之相关细节：

1. 服务提供者/合作机构将如何使用本人的情况？

经您同意后，服务提供者/合作机构将使用您的健康情况更有效地管理您的医疗保健事宜。

2. 本人的健康情况来自何处？

您的健康情况来自过去曾为您提供医疗保健服务或健康保险的机构及人员。其中可能包括医院、医生、药房、化验室、健康保险计划、Medicaid 医疗辅助方案计划以及透露您健康情况的其它团体。您可致电您的医疗保健服务协调人，以便获取含有所有机构及人员的清单。

3. 有哪些法律及规章条例适用于本人的健康情况透露？

这些法律及规章条例包括华盛顿州及联邦情况保密规章条例，华盛顿州修正法规 RCW 71.05.630、RCW 70.24.105、第 42 条联邦条例法典(CFR)第 2.31(a)(5)部分；并且包括称为“医疗保险机动性与责任制法案”(“HIPAA”)的第 45 条联邦条例法典(CFR)第 160 和 164 部分，以及第 42 条联邦条例法典(CFR)第 2 部分。

4. 若经本人同意，何人可获得或查看我的情况？

可查看您健康情况者仅限于经您同意可获得或查看相关情况的人员，例如与 Health Home 合作并参与您医疗保健服务的医生和其他人员。参与您医疗保健服务的其他人员也可查看这些情况。如果您提供医疗保健服务者（例如新的药房、医院或其他服务提供者）并非您的寻常指定医生和服务提供者，他们可以获得或查看某些情况，例如您的健康保险计划支付哪些费用或者您的 Health Home 服务提供者之姓名或名称等。若需详细了解何人可获得此类情况，请阅我们的隐私权政策通告。

5. 如果某人使用我的情况，而本人不同意让其使用这些情况，该如何办？

如果您认为某人曾使用您的情况，而您不同意向其透露这些情况，则可致电您的个案协调员或 Medicaid 医疗辅助方案协助计划客户服务中心(MACSC)，免费电话专线号码是 1-800-562-3022（TTY 专线：1-800-848-5429）。

6. 本人的同意将持续多久？

您的同意将持续至您撤销同意或退出 Health Home 之日，或者 Health Home 停止之日。

7. 若本人随后改变主意并想撤销此项同意，该如何办？

您可随时签署一份 Health Home 情况透露同意书撤销声明并提交给符合资格的 Health Home，以此方式撤销您的同意。您可在网上获得此表格，网址是 www.hca.wa.gov/medicaid/forms；或者致电 Medicaid 医疗辅助方案协助计划客户服务中心(MACSC)，免费电话专线号码是 800-562-3022（TTY 专线：1-800-848-5429）。如果您希望获得协助，您的医疗保健服务协调人可帮您填写此表格。

请注意：即使您随后决定撤销您的同意，已经获得您相关情况的服务提供者不必向您退还您的情况资料，或者从其记录中删除这些情况。

8. 本人何时可获得一份 Health Home - 情况透露同意书？

您可于签署此表格之后获得一份副本。

